**Prof. dr hab. N. med. Jacek Fijuth**

Rak płuca poza rakiem skóry jest najczęstszym złośliwym nowotworem występującym u człowieka i według prognoz krajowego rejestru nowotworów, liczba zachorowań na raka płuca w Polsce w perspektywie już kilkuletniej do roku 2025 wyniesie ponad 23 tys. - i to jest przyrost w stosunku do 2015 roku o 1,5 tysiąca osób.

O ile zapadalność i liczba zgonów na raka płuca u mężczyzn powoli się obniża, co jest wynikiem skutecznej kampanii antynikotynowej o tyle niestety u kobiet utrzymuje się na stałym poziomie nawet z tendencją wzrostową.

Jeżeli spojrzymy na dostępne wyniki pochodzące z rejestrów z opracowania, przedstawionego kilka lat temu, to w Polsce w 2013 roku w 3 stopniu zaawansowania klinicznego - a ten stopień jest przedmiotem naszej dzisiejszej prezentacji, wyniki mierzone pięcioletnim przeżyciem były bardzo mizerne to jest około średnio około 14%. Proszę zapamiętać tę liczbę 14% przeżyć pięcioletnich, to są dane pochodzące zarówno z polskich rejestrów jak i z opracowań międzynarodowych.

Jeżeli spojrzymy na sytuację, która zadziała się na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat, to widać, że postęp w zakresie technologii technik radioterapii, ale przede wszystkim dołączenie do leczenia napromienianie chemioterapii stosowanej jednocześnie, a w ciągu ostatnich kilku lat immunoterapii spowodowało to absolutny przełom i z tych marnych 5% pięcioletniego przeżycia kilkanaście lat temu, powiedzmy 20 lat temu, osiągnęliśmy dziesięciokrotną poprawę. Prawie 50% chorych przeżyło 4 lata po jednoczesnej radiochemioterapii z konsolidującą immunoterapią w sztandarowym badaniu o nazwie „PACIFIC”.

Jednoczesna radiochemioterapia z konsolidującą immunoterapią podniosła znacząco krzywe przeżycia.
W aktualizacji badania „PACYFIC” z tego roku, wykazano, że pięcioletnim przeżyciem po skojarzonym leczeniu, jednoczesna radiochemioterapia i immunoterapia to jest prawie 43%. Odnieśmy to do tych wyników polskich sprzed 8 lat - 14%. I widać, że tutaj jest przepaść pomiędzy tym co było a tym co może być.

Rekomendacje międzynarodowe towarzystw o najwyższej pozycji naukowej i największym oddziaływaniu na środowisko medyczne wskazują jednoznacznie, że w 3 stopniu to jest rak miejscowo zaawansowany bez przerzutów odległych w postaci nieoperacyjnej niedrobnokomórkowego raka płuca. Jednoczesna radiochemioterapia jest podstawową najskuteczniejszą formą leczenia i wydłuża ona w istotny sposób przeżycie chorych w porównaniu z leczeniem sekwencyjnym to znaczy tymi dwoma metodami stosowanymi osobno - najpierw chemioterapia potem radioterapia. Wydawać by się mogło, że i tu jest jedno leczenie i drugie i tu jest to samo leczenie, ale połączenie i stosowanie jednoczesne tych 2 metod, czyli jednoczesna radiochemioterapia ma przełożenie istotne na przeżycie chorych i powinna być standardem.

**Jak wygląda Polska rzeczywistość?**

Według zestawienia dokonanego przez konsultanta krajowego w dziedzinie Onkologii klinicznej Profesora Macieja Krzakowskiego, widać, że do jednoczasowej radiochemioterapii jest kwalifikowanych około 50% kwalifikujących się do leczenia skojarzonego. Czyli mamy pewną pulę chorych ok. 2000, którzy kwalifikowaliby się do tego leczenia skojarzonego, ale z różnych powodów medycznych między innymi kwalifikacja medyczna dotyczy tylko połowy chorych - takie są dane na dziś.

W rzeczywistości z tej puli tysiąca chorych do jednoczesnej radiochemioterapii w Polsce kwalifikowanych jest około 30% chorych. Jedynie 30% chorych potencjalnie kwalifikujących się do takiego leczenia z uwzględnieniem wszystkich obciążeń medycznych takie leczenie otrzymuje. 70% chorych otrzymuje leczenie niezgodne
z międzynarodowymi rekomendacjami.

**Dlaczego taka sytuacja ma miejsce w naszym kraju?**

Pacjenci są diagnozowani z opóźnieniem. Wielu z nich przechodzi do jeszcze wyższych stadiów choroby i nie mogą mieć tego leczenia miejscowego radykalnego - chorzy trafiają w związku z tym dość ze znacznym zaawansowaniem choroby, ale dodatkowo mają współistniejące schorzenia pulmonologiczne, internistyczne. Wciąż brakuje profesjonalnej koordynacji leczenia - ważne są względy organizacyjne i ekonomiczne, które możemy i powinniśmy usprawnić.

**Jakie są w opinii ekspertów powody, że 70% chorych, którzy powinni otrzymać nowoczesne leczenie nie otrzymuje takiego leczenia?**

Jest to wina pewnego sposobu prowadzenia diagnostyki i potem leczenia. Ta wstępna i pogłębiona diagnostyka chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca w przeważającej części odbyła się w ośrodkach pulmonologii. Po ustaleniu, że chory znajduje się w tym 3 stopniu zaawansowania, czyli miejscowe zaawansowanie bez przerzutów odległych następuje kwalifikacja do leczenia. W 3 stopniu - a to jest najwcześniejsze zaawansowanie w tej kategorii 3 stopnia, czyli to jest zaawansowany miejscowych guz z przerzutami do węzłów chłonnych śródpiersia - powinna być przeprowadzona kwalifikacja do ewentualnego leczenia operacyjnego po wyprzedzającej chemioterapii. To jest bardzo ważna rola torakochirurga, który powinien ocenić potencjalną operacyjność. Ale takich chorych jest mało. Gro chorych w 3 stopniu są chorzy pierwotnie i trwale nieoperacyjni - to jest stopień IIIB I IIIC. I w tych sytuacjach powinna nastąpić kwalifikacja do skojarzonej jednoczesnej radiochemioterapii. Oraz u tych chorych, którzy są w III stopniu A, ale w ocenie torakochirurga do zabiegu się nie kwalifikują, czyli cały 3 stopień tam, gdzie nie jest możliwa operacja powinna nastąpić kwalifikacja do skojarzonej jednoczesnej radiochemioterapii.

Niestety w polskich realiach, w polskich warunkach, chemioterapia pacjentów, o których mówimy jest najczęściej rozpoczynana w ośrodkach pulmonologicznych, które nie mają bezpośredniego dostępu do radioterapii. Oddziały chirurgii klatki piersiowej również najczęściej nie znajdują się w obrębie jednostek *stricte* onkologicznych i nie posiadają bezpośredniego dostępu do radioterapii i chemioterapii. No i taka jaka organizacja opieki pulmonologicznej i torakochirurgicznej przesądza o ułomnej kwalifikacji do optymalnego leczenia skojarzonego. Również istotną przyczyną tej rażąco małej liczby chorych w 3 stopniu zaawansowania, którzy są poddawani jednoczasowej radioterapii jest kierowanie chorych do ośrodków onkologicznych posiadających radioterapię już po przeprowadzeniu chemioterapii.

W opinii ekspertów leczenie chemioterapeutyczne jest zbyt często inicjowane po niekompletnej diagnostyce bez wcześniejszego zwołania konsylium wielospecjalistycznego, które powinno odbyć się przed podjęciem decyzji o leczeniu chorego. Ta niewłaściwa kwalifikacja zamyka drogę do jednoczasowej radiochemioterapii. Trzeba powiedzieć też, że wydolność wielu ośrodków onkologicznych w zakresie diagnostyki raka płuca jest ograniczona i nie ma merytorycznego ani finansowego uzasadnienia, żeby to wahadło przesunęło się w drugą stronę, że cała diagnostyka i leczenie chorych spoczywa wyłącznie na środkach onkologicznym i nie ma uzasadnienia, żeby wyposażać je w narzędzia do diagnostyki.

Dodatkowo refundacja kosztów diagnostyki raka płuca jest zbyt niska i przeprowadzenie ich w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej jest głęboko poniżej opłacalności ekonomicznej. To wszystko powoduje, że diagnostyka jest niedoskonała i kuleje prawidłowe leczenie.

Trzeba to podkreślić, że diagnostyka chorych na raka płuca wymaga znacznego zaangażowania specjalistów pulmonologów. Chorzy Ci z racji wieku są obciążeni współistniejącymi chorobami internistycznymi, mają zazwyczaj upośledzone parametry wydolności oddechowej z powodu typowo pulmonologicznych chorób.
Ci chorzy przed rozpoczęciem leczenia *stricte* onkologicznego, chemioterapii a zwłaszcza radioterapii, wymagają optymalizacji stanu ogólnego poprawy wydolności oddechowej. To jest domena pulmonologii. Również po przeprowadzonym leczeniu chorzy wymagają zazwyczaj współpracy z ośrodkiem pulmonologicznym, wymagają dalszej opieki pulmonologicznej.

Z naszej analizy wynika, że szpital pulmonologiczny, który chce umożliwić choremu jednoczasową radiochemioterapię, która przypominam jest standardem, optymalnym leczeniem dla chorego, a z powodów logistycznych lub ekonomicznych, nie jest w stanie zapewnić dowozu chorego na radiochemioterapię do innego ośrodka to taki szpitalu powinien przed rozpoczęciem leczenia przekazać chorego do innego ośrodka dysponującego takimi możliwościami - dla dobra chorego, dla możliwości przeprowadzenia optymalnego, skutecznego leczenia.

To nie tylko względy finansowe, nie tylko względy organizacyjne, w tym zakresie również po naszej stronie lekarskiej istnieje tutaj pewna patologia. Dotyczy ona konsyliów wielospecjalistycznych, czyli zespół kilku specjalistów decyduje na początku po przeprowadzeniu kompleksowej diagnostyki jakie leczenie jest optymalne dla chorego jak ona powinno wyglądać.

Niestety w naszych realiach te konsylia często przeprowadzane są zaocznie, jest to tzw. konsylium pieczątkowe, które jest wynaturzeniem, wypaczeniem, jest karykaturą idei, która legła u podstaw wprowadzenia konsylium wielospecjalistycznego jako obowiązku i obowiązkowej procedury. Bądź to konsylium nie odbywa się w ogóle
i na tym etapie, który rozpoczyna leczenie bez konsylium - to jest nieprawidłowe. Onkolodzy w tym także radioterapeuci spoza ośrodka pulmonologicznego, formalnie uczestniczący w konsylium nie mają często dostatecznej, pełnej wiedzy na temat korekt, nie mają wglądu do dokumentacji medycznej. Niestety też często te konsylia odbywają się bez udziału onkologa, radioterapeuty, który tutaj jest kluczowym specjalistą
w planowaniu i realizacji leczenia. W związku z tym podejmowane są decyzje, które nie uwzględniają leczenia napromienianiem. Zapada kwalifikacja do wyprzedzającej tzw. neoadjuwantowej lub sekwencyjnej chemioterapii - najpierw pełna chemioterapia potem radioterapia. Na zakończeniu dopiero chory są kierowani do radioterapii, co zgodnie z regulacjami administracyjnymi, wymogami programu lekowego, zamyka im drogę do dalszej immunoterapii konsolidującej, ale również też skazuje ich na mniej skuteczne leczenie sekwencyjne a nie optymalne jednoczesne. Ta bariera organizacyjna zamyka chorym drogę do normalnego leczenia.

W przypadku ośrodka onkologicznego, który prowadzi chemioterapię i radioterapię, a nie ma w swojej strukturze oddziału pulmonologicznego, nie ma wielospecjalistycznego oddziału zespołu zajmującego się diagnostyką i leczeniem chorych na raka płuca, pozyskanie chorych do leczenia skojarzonego zastosowanie jednoczasowej radiochemioterapii jest bardzo trudne, ponieważ zupełnie dwoma torami idzie diagnostyka, rozpoczęte pierwsze leczenie i dopiero potem następne stosowane sekwencyjne.

I w związku z tym absolutnie potrzebą chwili jest efektywna współpraca ośrodków onkologicznych z ośrodkami pulmonologicznymi i profesjonalna koordynacja leczenia.

Dokument opracowany przez AOTMiT, który poparty jest na rekomendacjach międzynarodowych wskazuje jednoznacznie, że w tej kategorii chorych, z tym zaawansowaniem, w tych kwalifikacjach wynikających z stopnia zaawansowania klinicznego, leczeniem z wyboru jest jednoczesna radiochemioterapia.

**Edukacja profesjonalistów** - wciąż jest zbyt niski poziom wiedzy lekarzy pulmonologów i onkologów na temat skuteczności jednoczesnej radiochemioterapii. W dużej części przypadku onkolodzy nie dysponują
w dostatecznym stopniu specjalistyczną wiedzą z zakresu pulmonologii, bezwzględnie potrzebna jest tutaj ścisła współpraca.

Istnieje stała potrzeba edukacji, zwłaszcza w zakresie biologii molekularnej, metod diagnostycznych i terapeutycznych oraz ścisłej współpracy wielospecjalistycznej w nowoczesnym leczeniu chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca ma zasadnicze znaczenie.

Powołanie Lung Cancer Units, które przeznaczone są do kompleksowej diagnostyki jest absolutnie potrzebą chwili, one powinny powstać i funkcjonować w ramach krajowej sieci onkologicznej. Powinny one poprawić zdecydowanie sytuację w realizacji nowoczesnych form leczenia skojarzonego.

 Narodowy Instytut Onkologii, Instytut gruźlicy i chorób płuc, to są te ośrodki referencyjne, które powinny wypracować model współpracy w zakresie jako diagnostyki i skojarzonej terapii. Zespół tych unitów powinien być bardzo szeroki, składać się ze specjalistów w zakresie i diagnostyki i stosowania różnych metod leczenia. Co jest istotne, powołanie tych unitów powinno stworzyć funkcjonalne połączenie, pomiędzy ośrodkami pulmonologicznymi, torakochirurgicznymi i onkologiczna radioterapeutycznymi. Na dziś wciąż to są troszkę 2 wyspy, które funkcjonują niezależnie. Zadaniem Lung Cancer Units jest stworzenie mostu pomiędzy tymi wyspami i pełna integracja.

Współpracujące z tymi unitami, mniejsze ośrodki głównie pulmonologiczne powinny stosować wstępną diagnostykę, prowadzić rozpoznanie różnicowe selekcjonując chorych do złożonego leczenia skojarzonego.

**Podsumowanie**

Liczba chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca, którzy mogliby skorzystać z zastosowania jednoczesnej radiochemioterapii jest co najmniej 3 razy wyższa niż liczba aktualnie leczonych z zastosowaniem tej metody - to jest olbrzymie wyzwanie.

 Ośrodki pulmonologiczne i torakochirurgiczne, które diagnozują zdecydowaną większość pacjentów z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuca podejmuje niestety inne formy terapii rozpatrując zastosowanie jednoczasowej radiochemioterapii rzadziej niż by to należało.

W części przypadków konsylia wielospecjalistyczne nie dają okazji do rozważenia jednoczasowej radiochemioterapii i wciąż niedostateczny jest poziom wiedzy pulmonologów i onkologów na temat zalet i bezpieczeństwa stosowania jednoczasowej radiochemioterapii.

Brak rejestrów i monitorowania danych dotyczących wyboru formy leczenia chorych o których mówimy nie sprzyja stosowaniu standardu i wytycznych.

Planowane utworzenie sieci onkologicznej oraz Lung Cancer Units może doprowadzić do zwiększenia liczby chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca, którzy będą leczeni zgodnie ze światowym standardem terapeutycznym.

Zwiększenie odsetka chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca leczonych z wykorzystaniem jednoczasowej radiochemioterapii wymaga zaadresowania powyższych problemów w formie prowadzonych równolegle działań organizacyjnych, edukacyjnych i prawych.

**Dlaczego jednoczasowa radiochemioterapia w leczeniu raka płuca nadal jest mniej, rzadziej stosowana niż by to wynikało z potrzeb chorych i ze standardów naukowych?**

**Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski**

Jednoczasową radiochemioterapię otrzymuje w Polsce wciąż zbyt mało chorych na nowotwory. Chorych potencjalnych kandydatów, czyli osób z rozpoznaniem miejscowo zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca jest w Polsce około 3000.

 Oczywiście część chorych powinna być poddana pierwotnie leczeniu chirurgicznemu, ale znaczna część jest kandydatami do radiochemioterapii. Takie oszacowanie epidemiologiczne i kliniczne wskazuje na to, że tych chorych kandydatów do jednoczesnej radiochemioterapii powinno być około 1500 no jeżeli odliczymy jakąś część chorych, którzy z różnych względów klinicznych nie mogą być poddani jednocześnie obu metodom leczenia no to na pewno tych chorych jest przynajmniej około tysiąca. W 2018 roku analizę, którą przeprowadziliśmy to ona wykazała, że takich chorych było około 250 w Polsce, którzy faktycznie otrzymali tą metodę. Pewnie w tej chwili jest tych chorych nieco więcej około 300 no ale wciąż jest to mniej więcej 1/3 tego co powinno być.

**Przyczyny.**

One są wieloczynnikowe. Przede wszystkim mamy wtedy do czynienia z nieprzestrzeganiem wytycznych dotyczących kwalifikowania chorych w ramach wielospecjalistycznych konsyliów z udziałem specjalistów chorób płuc, chirurgii klatki piersiowej, radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej. Nie jest to po drugie właściwy sposób wykorzystywania możliwości współpracy ośrodków które stosują leczenie systemowe i radioterapii, ośrodków, które mają w lokalizacji obie metody jest stosunkowo niewiele, no więc ta lepsza współpraca ośrodków, które dysponują jedną metodą jest bardzo ważna. Nie ma jednoznaczności to jest 3 powód w zakresie wytycznych dotyczących wskazywania realizatorów radiochemioterapii, którzy mogą być odpowiedzialni za leczenie powikłań, gdyż tutaj niewątpliwie tych powikłań częstej radiochemioterapii jest nieco więcej. No i wreszcie jest niedostateczne finansowanie, niewłaściwe finansowanie procedury równoczesnej radiochemioterapii. Od kwietnia 2021 roku ono rzeczywiście zostało wprowadzone, ale trzeba pamiętać, że radiochemioterapia jednoczesna jest bardziej kosztowna, bo są powikłania, bo konieczność stosowania antybiotyków, żywienia i tak dalej. Czyli ta wycena jednoczesnej radioterapii musi być zweryfikowana. Od kwietnia to mamy przecież zaledwie około pół roku, więc w realnych warunkach rzeczywistych warunkach tą wycenę należy sprawdzić. Podejrzewam, że ona nie jest adekwatna do rzeczywistych kosztów. Drugim powodem i to jest bardzo ważna okoliczność to jest to, że rozliczenie jest obecnie wykonalne w ośrodku dysponującym dwoma metodami w lokalizacji. Natomiast jeżeli rozliczamy, jeżeli chcielibyśmy rozliczać tą procedurę w 2 lokalizacjach, to takie rozliczenie może być tylko realizowane przez jeden ośrodek. Trzecia okoliczność, która też tutaj nie jest korzystna, wynika z tego, że część chorych poddawanych radiochemioterapii może ją otrzymywać w warunkach ambulatoryjnych. Nie każdy chory musi być hospitalizowany, przynajmniej na początku leczenia i tutaj zaniżenie wyceny świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej na pewno nie służy właściwemu wykorzystaniu radiochemioterapii jednoczesnej.

Kolejną taką okolicznością, która rzutuje na wykonalność radiochemioterapii jednoczesnej, jest to, że w Polsce diagnostyka chorych na raka płuc, zresztą nie tylko w wielu innych nowotworach też to zjawisko, niekorzystne zjawisko obserwujemy - ta diagnostyka jest niepotrzebnie wielokrotnie powtarzana. Pewne badania są powtarzane w sposób nieuzasadniony i to bardzo opóźnia proces, zwalnia tą ścieżkę chorych docierających do momentu, kiedy powinno być rozpoczęte leczenie. Czyli opracowanie takiej rzeczywiście uzasadnionej ścieżki i wycena, położenie nacisku na dobrą wycenę kompleksowości, czyli tej sytuacji, w której te badania są robione i racjonalnie, i sprawnie, no na pewno byłoby bardzo przydatne. Te ośrodki, które powinny prowadzić jednoczesną radiochemioterapię - powinny posiadać możliwości nie tylko sprawnego i wiarygodnego ustalenia rozpoznania i stopnia zaawansowania nowotworu przy użyciu badań przede wszystkim obrazowych w tym również pozytonowej tomografii emisyjnej, bo jest to badanie, które jest niezbędne, ale nie tylko pozytonowej tomografii emisyjnej, ale również całego spektrum badań laboratoryjnych, badań wydolności układu oddechowego, sercowo- naczyniowego. To jest niezwykle ważne, nie wszystkie ośrodki dysponują takimi możliwościami. Po drugie te ośrodki powinny w sposób rzeczywisty, czyli udokumentowany kwalifikować chorych do leczenia w ramach tego o czym już wspominałem mianowicie wielu specjalistycznych zespołów z udziałem specjalistów. Oczywiście powinno być odpowiednie doświadczenie, odpowiednia liczba lekarzy i innych przedstawicieli innych zawodów medycznych z odpowiednim doświadczeniem do realizowania skojarzonego leczenia. Ośrodki powinny posiadać możliwości postępowania wspomagającego w przypadku występowania powikłań radiochemioterapii, czyli po pierwsze możliwość szybkiego rozpoznania tych powikłań i leczenia w tym również w warunkach szpitalnych albo w lokalizacji, albo na zasadzie i podkreślam udokumentowanej współpracy, czyli nie na zasadzie podsyłania komuś tylko to powinno być zorganizowane w sposób przejrzysty.

**Prof. dr hab. Marcin Czech**:

Spojrzenie systemowe na jednoczasową radiochemioterapię w leczeniu chorych na niedrobnokomórkowego nieoperacyjnego raka płuca.

Chorzy z nieoperacyjnym rakiem niedrobnokomórkowym w tej fazie IIIB, IIIC powinni być leczeni zgodnie z międzynarodowymi oraz polskimi standardami, gdyż tylko wtedy mają szansę osiągnąć dłuższy czas przeżycia i lepsze wyniki leczenia.

My za cel postawiliśmy sobie odpowiedzieć na pytanie co w polskim systemie powinniśmy zmienić, aby takie lepsze wyniki uzyskać, aby tym sposobem terapii o których mówili sposobach terapii o których mówili moi znakomici przedmówcy bylibyśmy w stanie objąć większą grupę osób.

Przeprowadziłem analizę SWOT, czyli mocnych, słabych punktów systemu działania systemu w tym zakresie, a także szans i zagrożeń, które w otoczeniu zewnętrznym się pojawiają w odniesieniu do radiochemioterapii.

Silne strony:

Odnaleźliśmy silne strony tej terapii, którą można nazwać optymalną, czy też zgodną z wytycznymi klinicznymi, polskimi i międzynarodowymi. Na pewno taką silną stroną jest chęć środowiska pulmonologów, radioterapeutów do współpracy w zakresie szerszego stosowania RTC.

Zasoby polskiej pulmonologii, a także torakochirurgii są wystarczające, aby każdy nowy chory z tym nie operacyjnym rakiem płuca został poddany procesowi diagnostycznemu, którym określonemu przez standard, który również jest gotowy. Miejsce tego typu terapii, podejścia do diagnostyki i leczenia pacjenta w wytycznych klinicznych polskich i międzynarodowych.

**Słabości:**

Dostrzegamy również słabości związane z działaniem systemu. Do nich należy brak motywacji ośrodków do podjęcia współpracy i przekazywania pacjentów ze względu na sposób finansowania, sposób organizacji na przykład finansowania transportu medycznego. Nie do końca właściwie zorganizowany jest system rozliczeń, który między innymi premiuje RTC realizowaną pod jednym dachem zamiast w jednym czasie. Tak naprawdę wiemy doskonale co przyświecało decydentom wtedy, kiedy podejmowali decyzję o tym, żeby było to pod jednym dachem - no chodziło o to, żeby chory był kompleksowo leczony w jednym ośrodku. Natomiast nie mamy na tyle dużo ośrodków, żeby tą całą terapią objąć tych chorych, stąd konieczne jest promowanie również współpracy i leczenie tych chorych w tym samym czasie a nie koniecznie w jednym miejscu. Kolejną taką słabością jest podjęcie innych form terapii, które wykluczają zastosowanie RTC. Następnym punktem są konsylia, które nie dają okazji do rozważenia jednoczasowej radiochemioterapii, na przykład dlatego, że nie biorą w nich udziału radioterapeuci albo biorą udział w takiej szczątkowej formie. Brak jest również rejestrów i monitorowania danych dotyczących wyboru form leczenia i one nie sprzyjają stosowaniu standardów i wytycznych. My mieliśmy potężne wyzwanie przygotowując raport, aby takie dane zdobyć, uzupełnić, aby się tym danym przyjrzeć.

**Szanse:**

Szanse jakie szanse widzimy w systemie to na pewno mamy niezaspokojoną potrzebę kliniczną. Liczba chorych z niedrobnokomórkowym rakiem płuca, którzy mogliby skorzystać z zastosowania tejże jednoczasowej radiochemioterapii jest co najmniej trzykrotnie wyższa niż liczba aktualnie leczonych chorych.

Testowanie w pilotażu opieki onkologicznej odnoszące się do zastosowania, czy do pomocy koordynatorów leczenia onkologicznego oraz struktury Lung Cancer Units. Mamy w końcu ograniczoną liczbę opcji terapeutycznych, stąd, jak gdyby ten obszar jest dość łatwo kontrolowany, czy można go zorganizować w skuteczny sposób. Ważne jest miejsce wytycznych klinicznych i standardach leczenia to jest również coś co powoduje, że jesteśmy pewni, że to nasze postępowanie, gdyby poszło w tym kierunku, będzie postępowaniem słusznym. Ostatnia szansa to rozwój wiedzy medycznej i chęci nabywania wiedzy przez profesjonalistów medycznych - to jest grupa osób, która uczy się całe życie i rozwija się całe życie uzupełniając swoją wiedzę.

**Zagrożenia:**

Tutaj dostrzegamy brak elastyczności decydentów, płatników w zakresie zmiany systemu, w tym świadczeń - może to wynikać z bardzo wielu przyczyn, chociażby pilniejszych wyzwań gdzie indziej w systemie. Następny punkt to brak rejestrów monitorowania skuteczności i bezpieczeństwa terapii oraz wdrożenia działań kontrolnych. Pewni również w Polsce to wybrzmiało w wypowiedziach poprzednich - niewystarczający poziom standaryzacji i finansowania diagnostyki, a także pewna bierność udziałowców tego systemu, czyli chęć zastosowania *statusu quo*, który jest oczywiście łatwiejszy, nie wiąże się z pewnym wyjściem ze strefy komfortu w której te podmioty czy osoby, które tam pracują się znajdują.

**Prof. dr hab. N. med. Jacek Fijuth**

**Rekomendacje:**

Warunkiem podstawowym przeprowadzenia leczenia zgodnego ze standardem jest właściwa diagnostyka wstępna - to w raku płuca jest niezwykle istotne. Powinna być stosowana ta optymalna ścieżka diagnostyczna – ta check lista, lista kontrolna i propozycja, która jest oparta na doświadczeniu ośrodka wrocławskiego. Ta ścieżka diagnostyczna oczywiście może ulec optymalizacji, ulepszeniu czy dostosowaniu do miejscowych warunków. Ona powinna być zdefiniowana przez specjalistów klinicznych, zapisana w standardach, powinna zostać zweryfikowana przez AOTMiT i formalnie zatwierdzona przez Ministerstwo Zdrowia. Po wprowadzeniu krajowej sieci onkologicznej, ośrodki koordynujące wojewódzkie i ośrodki krajowe powinny otrzymywać informacje ze wszystkich szpitali prowadzących diagnostykę chorych na raka płuca, analizować dane, prowadzić analizy porównawcze. Chodzi o to, żebyśmy utrzymywali międzynarodowy standard i wdrożyli optymalne leczenie - ale w raku płuca jest to krytycznie ważne. Prawidłowa diagnostyka, pełna diagnostyka jest podstawą do wiarygodnego ustalenia stopnia zaawansowania, a dopiero to jest wstępem do wyboru jednej z wielu opcji terapeutycznych. Kontrolna lista diagnostyczna powinna stać się częścią systemów informatycznych szpitali, które prowadzą diagnostykę i leczenie nowotworu, a odpowiednie zarządzenie powinien wydać Minister Zdrowia na podstawie rekomendacji Krajowej Rady Do Spraw Onkologii.

Drugi blok tematyczny to jest konieczność rygorystycznej kontroli jakości lekarskich konsyliów wielospecjalistycznych podsumowujących diagnostykę i podejmujących decyzję o wyborze ścieżki leczenia. Należy zapewnić udział w tych konsyliach onkologa, radioterapeuty i rozważenie zastosowania radiochemioterapii jednoczasowej przed zainicjowaniem jakichkolwiek metod leczenia, które mogłyby ją wykluczyć. Poruszamy się w pewnych realiach administracyjnych - jednoczesna radiochemioterapia i konsolidująca immunoterapia może być zastosowana w ściśle określonej sytuacji. I jeżeli podejmie się inną decyzję, rozpocznie się leczenie w inny sposób to zamyka się formalnie drogę do tej optymalnej na dziś formy leczenia. Po wprowadzeniu krajowej sieci onkologicznej, co powinno nastąpić już na początku przyszłego roku, czyli w sumie za nieco ponad 2 miesiące, wojewódzkie ośrodki koordynujące i ośrodek krajowy powinien gromadzić dane dotyczące jakości konsylium, monitorować, stosować analizy porównawcze - to oczywiście jest szeroka rekomendacja, ona nie dotyczy wyłącznie raka płuca, powinny tak funkcjonować konsylia w każdej innej lokalizacji, sytuacji klinicznej. Jakość pracy konsyliów specjalistycznych powinna być przedmiotem szczególnego zainteresowania i analiz Narodowego Funduszu Zdrowia dla wielu szpitali, organizacji, pacjentów, towarzystw naukowych i ośrodków monitorujących jakość w ochronie zdrowia. Wszystko po to, żeby chorzy zapadający na ten najczęstszy nowotwór mieli zapewnioną optymalną ścieżkę diagnostyczną i terapeutyczną.

 Trzeci obszar to jest powołanie i funkcjonowanie tych unitów, które są przeznaczone do kompleksowej diagnostyki i terapii chorych na raka płuca. Leczenie chorych w stadium miejscowego zaawansowania i nieoperacyjności jest niezwykle wymagające i kompleksowe. Powinno być prowadzone wyłącznie w obrębie LCU. Pacjent w stadium miejscowego zaawansowania i nieoperacyjności powinien być skierowany do ośrodka, w którym prowadzona jest kompleksowa zgodność z międzynarodowym i polskim standardem diagnostyki i leczenia, także w formie jednoczasowej radiochemioterapii wraz z konsolidującą immunoterapią - bo na dziś taka sekwencja leczenia, taka forma leczenia daje najwyższą szansę wyleczenia przy zachowaniu należnego bezpieczeństwa ludziom. Zgodnie z koncepcją LCU, warunkiem skojarzonego leczenia chorych na raka płuca przez ośrodek nieposiadający zakładu radioterapii, powinno być podpisanie umowy o współpracy z ośrodkiem prowadzącym leczenie napromienianiem.

A od strony administracyjnej, finansowej powinno być stworzenie narzędzi administracyjnych i finansowych, żeby taka współpraca mogła być zrealizowana z korzyścią, przede wszystkim dla pacjenta, ale również dla zaangażowanych jednostek.

**Prof. dr hab. Marcin Czech**:

**Rekomendacje**

4 główne rekomendacje w sumie jest ich 7.

Ta czwarta z nich mówi o tym, że prowadzenie jednoczasowej radiochemioterapii powinno być rozwijane w obu wariantach. To znaczy pewnie optymalnie byłoby, żeby mogło być to zarówno leczenie w jednej lokalizacji jak i przy jednoczasowym leczeniu w 2 ośrodkach, na przykład w ośrodku pulmonologicznym i w ośrodku, gdzie jest radioterapia, najczęściej ośrodku onkologicznym. Oczywiście jeden z tych ośrodków powinien pełnić rolę ośrodka referencyjnego, który koordynuje tą ścieżkę pacjenta, czyli to przejście pacjenta przez system.

Piąta nasza rekomendacja dotycząca zasady rozliczania świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem raka płuca. Powinny one zostać zmodyfikowane w tym kierunku, żeby płatnik NFZ uzależniał refundację świadczeń diagnostycznych od wykonanej pełnej listy badań. Również stawka za jednoczasową radiochemioterapię powinna być możliwa obu wariantach, czyli w terapii w jednej lokalizacji jak i terapii w 2 współpracujących ze sobą ośrodkach. Narodowy Fundusz Zdrowia oczywiście powinien pokrywać koszty transportu chorego w sytuacji, kiedy radioterapia prowadzona w innym miejscu niż chemioterapia. To może wydawać się oczywiście takim niewielkim kosztem w porównaniu z kosztami hospitalizacji czy kosztami radioterapii, kosztami diagnostyki, ona przecież jest bardzo zaawansowana. Jednak my zdiagnozowaliśmy w naszym raporcie, że może to być wyzwanie i że może być to problem tego po czyjej stronie czy ośrodka przyjmującego czy ośrodka wysyłającego koszty transportu leżą. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien również uzależnić wypłatę środków za procedury leczenia systemowego ewentualnych powikłań w leczeniu chorych na raka płuca od udokumentowania jakości odbytego konsylium lekarskiego, a zwłaszcza udziału w nim radioterapeuty. Dobrze by było mieć taką dodatkową kontrolę jakości, jeśli chodzi o konsylia w których mamy tutaj pewne rezerwy zwiększania jakości. Ośrodki koordynujące leczenie pacjenta za pomocą jednoczasowej radiochemioterapii powinny otrzymywać dodatkowe finansowanie, aby pokryć koszt tejże koordynacji, po to, żeby pacjent nie był gubiony niejako w systemie. Wycena świadczeń diagnostycznych powinna być podwyższona - wiem, że trwają na ten temat prace w tej chwili, żeby ta jakość diagnostyki w onkologii, w innych schorzeniach była wyższa.

Jesteśmy w Krajowej Radzie ds. Onkologii, gdzie w naszych rekomendacjach jest przedyskutowanie zasad oceny ośrodków i stworzenia takiego standardu minimalnego poziomu, akceptowalnych wskaźników w zakresie wykonania na tych ścieżkach pacjenta, jako pewne przygotowanie decyzji, rekomendacji dla Ministra Zdrowia. Wprowadzenie sieci, czy też w ramach tej sieci wojewódzki ośrodek koordynujący powinien na bieżąco monitorować praktyki, postępowania we wszystkich ośrodkach leczących i wspierać Narodowy Fundusz Zdrowia w jego decyzjach - no bowiem u płatnika nie mamy wystarczającej siły merytorycznej, aby to ocenić.

Konieczne jest zwiększenie świadomości specjalistów, zarówno na temat badań klinicznych pokazujących zwiększanie się szans pacjenta na przeżycie dłużej, dzięki stosowaniu jednoczasowej radiochemioterapii. Również wyników badań klinicznych pokazujących znaczne zwiększenie przeżywalności pacjentów po jednoczasowej radiochemioterapii oraz konsolidacyjnej immunoterapii. Chodzi o to, aby optymalizować ścieżki pacjenta chorego na ten nowotwór, aby te standardy leczenia były wdrażane w dużo większym stopniu, wtedy zobaczymy te korzyści wynikające ze współpracy specjalistów z różnych dziedzin, zwłaszcza pulmonologów, onkologów klinicznych, onkologów i radioterapeutów dla dobra samego pacjenta.

**Prof. dr hab. N. med. Jacek Fijuth**

Konsylia wielospecjalistyczne no to jest pięta achillesowa. Jestem zwolennikiem prowadzenia konsyliów, w takim prawdziwym, rzeczywistym wymiarze, bo tylko wtedy możemy zaproponować choremu optymalny sposób postepowania. Decyzje dotyczące postępowania terapeutycznego u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca w III stopniu zaawansowania, obnażają tę nieprawidłowość w funkcjonowaniu konsyliów. To nie dotyczy niestety tylko raka płuca, to jest problem bardziej powszechny i tak jak to przedstawiliśmy w raporcie, co wybrzmiało tutaj kilkakrotnie - podstawą sukcesu nie tylko w raku płuca, generalnie w nowotworach, ale zwłaszcza w tej grupie chorych, gdzie jak można zauważyć na przestrzeni kilkunastu lat, pięcioletnie przeżycie zwiększyło się dziesięciokrotnie. Jest to prawidłowa diagnostyka, złożona, skomplikowana diagnostyka, zgodna ze standardem polskim i międzynarodowym. W przypadku raka płuca to jest opieka pulmonologa, to jest optymalizacja stanu ogólnego pacjenta, to jest przygotowanie go do ciężkiego leczenia już tego *stricte* onkologicznego. Powinien być stworzony - tak jak zawarliśmy to w rekomendacjach naszych – system, który umożliwia to dwutorowe leczenie, angażujące radioterapeutę i lekarza zajmującego się leczeniem farmakologicznym. Zarówno w opcji takiej, że jest ono realizowane pod jednym dachem co jest jakby sprawą prostą, ale również co jest wyzwaniem, realizowane w oddziale pulmonologii we współpracy z zakładem radioterapii. Tutaj musi nastąpić zmiana, gdyż jeżeli taka zmiana nie nastąpi to wciąż będą do nas przysyłani chorzy po zakończonym leczeniu systemowym a to zmniejsza o kilkanaście punktów procentowych ich szansę wyleczenia, blokując im drogę do konsolidującej immunoterapii, która jest absolutnym standardem i wymogiem w dzisiejszych czasach. Może prowadzenie krajowej sieci onkologicznej, nie tyle zmieni sytuacje, bo to jest pewna decyzja administracyjna, która musi być wypełniana działaniami, ale ułatwi prawidłowe funkcjonowanie całego systemu. Przede wszystkim ułatwi nadzór i egzekwowanie pewnych zasad, które są tworzone dla pacjenta.

Jest to najczęstszy nowotwór i każdego z nas może ten nowotwór dotknąć- ten i każdy inny. Choroba cywilizacyjna. Dbajmy o to, żeby również w naszym kraju standard diagnostyki i leczenia był możliwie wysoki. Róbmy to w interesie naszych pacjentów, ale myślmy też gdzieś tam z tyłu głowy, że taka sytuacja może spotkać nas wszystkich.